

八仙樂園粉塵爆意外事件

編號：

中華民國紅十字會看護津貼申請表

基本資料	姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證/居留證號	出生年月日：		
				年	月	日
	主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 同個案本人	關係	連絡電話		
	戶籍地址				電話：	
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <small>(此地址為補助支票寄送地址，需可收受掛號)</small>			手機：		

1. 補助對象：八仙粉塵爆案受傷，住院期間有看護需求者。
2. 補助內容：每人最高 2 千元/天，補助上限為 1 萬元/人。
3. 檢附文件：(1)申請表 (2)身分證正反面影本

註：本表請醫院社服單位協助完成證明及檢核後轉本會核處，審核結果將由本會直接通知。

簽章	本申請文件中有關事件當事人及其家庭之基本資料、事由、證明文件均係據實提供，當事人及其家屬同意本會以電話或實地進行訪視並據實陳述，如有不實，願自負法律責任，並返還津貼。	申請人或家屬	(簽名蓋章)
		日期	年 月 日

審 核 欄

(身分證正面影本黏貼處)	(身分證反面影本黏貼處)
--------------	--------------

醫院社服單位	紅十字會總會	
以下 <input checked="" type="checkbox"/> 欄資料無誤： <input type="checkbox"/> 八仙粉塵爆傷者 <input type="checkbox"/> 燒燙傷深度 _____ ；面積 _____ % <input type="checkbox"/> 持續住院中 <input type="checkbox"/> 已出院，共住院 _____ 天 單位核章： _____ 承辦人核章： _____ 填表日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	社工處	秘書處
		檢核人：

※本補助案申請期限至 104 年 11 月 30 日止，填妥後請郵寄本表及相關檢附資料至中華民國紅十字會總會(108 台北市萬華區艋舺大道 303 號；T：02-23628232/ F：23635154 ；註明為八仙粉塵爆炸補助案)，為縮短審核時間，請確實填寫表列項目。